

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Istirahat Tidur

1. Konsep Istirahat dan Tidur

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh semua orang. Untuk dapat berfungsi secara normal, maka setiap orang memerlukan istirahat dan tidur. Dan kebutuhan istirahat dan tidur bagi orang yang sakit sangat diperlukan untuk proses penyembuhan. (Asmadi, 2008).

a. Konsep Istirahat

Menurut Alimul 2006 (dikutip dalam Kastiati & Wayan, 2016) istirahat merupakan keadaan rileks tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah. Istirahat bukan berarti tidak aktivitas sama sekali, tapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan.

1) Karakteristik Istirahat

Menurut Alimul 2006 (dikutip dalam Kastiati & Wayan, 2016) mengemukakan ada 6 karakteristik, yaitu :

- a) Merasakan bahwa segala sesuatunya dapat diatasi
- b) Merasa diterima
- c) Mengetahui apa yang sedang terjadi
- d) Bebas dari gangguan ketidaknyamanan
- e) Mempunyai sejumlah kepuasan terhadap aktivitas yang mempunyai tujuan
- f) Mengetahui adanya bantuan sewaktu memerlukan.

2) Meningkatkan Istirahat

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh istirahat yang cukup. Dalam kesehatan komunitas dan rumah, perawat membantu klien mengembangkan perilaku istirahat dan relaksasi. Hal ini mencakup saran-saran perubahan lingkungan atau perilaku. (Kasiati & Wayan, 2016)

b. Konsep Tidur

Tidur merupakan keadaan tidak sadar dimana keadaan persepsi dan reaksi terhadap lingkungan dapat menurun atau hilang, dan dapat dibangunkan kembali oleh stimulus atau sensoris yang sesuai. Tujuan seseorang tidur belum diketahui namun tidur diperlukan untuk menjaga keseimbangan mental emosional, fisiologis dan kesehatan (Asmadi, 2008).

1) Tahap Tidur

a) Tidur NREM

Tidur NREM (Non-Rapid Eye Movement) disebut juga sebagai tidur gelombang pendek karena gelombang otak yang ditunjukkan oleh orang yang tidur lebih pendek dari pada gelombang alfa dan beta yang ditunjukkan orang yang sadar. Tidur NREM terbagi menjadi 4 tahap, tahap 1-2 disebut dengan tahap ringan (light sleep) dan tahap 3-4 sebagai tidur dalam (deep sleep atau delta sleep). (Kasiati & Wayan, 2016).

- (1) Tahap I, merupakan tahap transisi dimana seseorang beralih dari tahap sadar menjadi tidur. Pada tahap I ini ditandai dengan seseorang merasa rileks, seluruh otot menjadi lemas, kelopak mata nampak menutup mata, bola mata nampak bergerak ke kiri dan kanan, kecepatan jantung dan pernafasan menurun secara jelas, orang yang tidur pada tahap I ini dapat dibangunkan dengan mudah (Asmadi, 2008).
- (2) Tahap II, merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh terus menurun. Tahap II ditandai dengan kedua bola mata berhenti bergerak, suhu tubuh menurun, tonus otot perlahan-lahan berkurang, serta kecepatan jantung dan nafas turun dengan jelas. Tahap II ini berlangsung selama 10-15 menit (Asmadi, 2008).
- (3) Tahap III, pada tahap ini keadaan fisik lemah lunglai karena tonus otot lenyap secara menyeluruh. Kecepatan jantung, pernafasan, dan proses tubuh berlanjut mengalami penurunan akibat sistem saraf parasimpatis. Pada EKG memperlihatkan perubahan gelombang beta menjadi 1-2 siklus/detik. Pada tahap ini seseorang sulit untuk dibangunkan (Asmadi, 2008).

- (4) Tahap IV, merupakan tahap dimana seseorang tidur secara rileks, jarang gerak karena keadaan fisik mulai lemah lunglai dan sulit dibangunkan. Pada EKG, tampak hanya gelombang delta yang lambat dengan frekuensi 1-2 siklus/detik. Denyut jantung dan pernafasan menurun sekitar 20-30%. Pada tahap ini seseorang sulit untuk dibangunkan (Asmadi, 2008).

b) Tidur REM

Tidur REM (Rapid Eye Movement) biasanya terjadi setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit. Tidur REM tidak menyenyak tidur NREM, dan sebagian mimpi terjadi pada tahap ini. Selama tidur REM, otak cenderung aktif dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Pada tahap individu menjadi sulit untuk dibangunkan atau justru dapat bangun secara tiba-tiba. (Kasiati & Wayan, 2016).

Selama tidur, individu melewati tahap tidur NREM dan REM. Siklus tidur yang komplit normalnya berlangsung selama 1,5 jaam

Tabel 1 Waktu Tidur

Neonatus (0 – 3 bulan)	Kira-kira membutuhkan tidur 16 jam/hari, pada minggu pertama kelahiran 50% adalah tahap REM.
Bayi (1 - 18 bulan)	Tahap tidur REM 20 – 30 %
Anak (18 bulan – 3 tahun)	Tidur 10-12 jam/hari, tahap REM 25 %
Prasekolah (3 tahun – 6 tahun)	Tidur 11 jam, tahap REM 20 %
Usia sekolah (6 tahun – 12 tahun)	Tidur 10 jam, tahap REM 18, 5 %
Remaja (12 tahun – 18 tahun)	Tidur 8,5 jam sehari dengan 20% tidur REM.
Dewasa muda (18 tahun – 40 tahun)	Tidur sekitar 7-8 jam sehari dengan 20-25% tidur REM.
Dewasa pertengahan (40 tahun – 60 tahun)	Tidur sekitar 7 jam, 20% tidur REM.
Usia tua (60 tahun keatas)	Tidur sekitar 6 jam sehari, 20-25 % tidur REM, tidur tahap IV berkurang dan kadang-kadang tidak ada, mungkin mengalami insomnia dan sulit untuk tidur.

(Sumber : Haswita, 2017)

c. Faktor yang mempengaruhi Kuantitas dan kualitas tidur

1) Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. (seperti DM akibat gangguan saraf (neuropati diabetik) yang mengakibatkan pasien merasa nyeri.)

2) Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Sebagai (contoh temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat menghambat upaya tidur).

3) Latihan dan kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

4) Gaya hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

5) Stress Emosional

Kondisi depresi atau ansietas dapat meningkatkan kadar norepinfrin dalam darah melalui stimulus system saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan kurangnya siklus tidur NREM tahap 4 dan tidur REM serta sering terjaga saat tidur. (contoh : memikirkan penyakit yang diderita).

6) Stimulant dan Alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang susunan saraf pusat sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alkohol dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika pengaruh alkohol telah hilang, individu sering kali mengalami mimpi buruk.

7) Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga pada malam hari. Sebaliknya, penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

8) Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya, perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun pada malam hari.

9) Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap 3 dan 4 tidur NREM, metabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya : meperidin hidroklorida dan morfin (yang biasanya digunakan dalam pengobatan dalam perang) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan sering terjaganya di malam hari.

10) Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

11) Lingkungan

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur. (Kasiati dan Wayan, 2016)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu tahapan dimana perawat mengambil data secara terus menerus (Padila, 2012).

Pengkajian tentang kebutuhan istirahat dan tidur dapat menggabungkan data riwayat keperawatan dan pengkajian fisik, serta melibatkan sistem pendukung klien. Pengkajian tersebut juga dapat mempertimbangkan keadaan klien seperti penyakit serta kebiasaan sistem pendukung klien dalam kebiasaan yang dapat memicu gangguan kebutuhan istirahat dan tidur.

2. Diagnosa

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) gangguan istirahat dan tidur termasuk dalam sub kategori istirahat dengan masalah diagnosa keperawatan yang akan muncul adalah sebagai berikut :

a. Gangguan Pola Tidur

1) Definisi :

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

2) Tanda dan gejala :

Mayor :

Subjektif :

- Mengeluh sulit tidur.
- Mengeluh sering terjaga.
- Mengeluh tidak puas tidur.
- Mengeluh istirahat tidak cukup.
- Mengeluh pola tidur berubah.
- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Objektif :

- (Tidak tersedia)

Minor :

Subyektif :

- Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Objektif :

- (Tidak Tersedia)

b. Kesiapan Peningkatan Tidur

1) Definisi

Pola penurunan kesadaran alamiah dan periodik yang memungkinkan istirahat adekuat, mempertahankan gaya hidup yang diinginkan dan dapat ditingkatkan.

2) Gejala dan Tanda

Mayor :

Subjektif :

- Mengekspresikan keinginan untuk meningkatkan tidur.
- Mengespresikan perasaan cukup istirahat setelah tidur.

Objektif :

- Jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan perkembangan

Minor :

Subjektif :

- Tidak menggunakan obat tidur

Objektif :

- Menerapkan rutinitas tidur yang meningkatkan kebiasaan tidur

Dan dari kedua diagnosa keperawatan diatas tersebut penulis mengambil gangguan pola tidur untuk diangkat sebagai diagnosa keperawatan dalam laporan tugas akhir penulis ini.

3. Intervensi

Tabel 2 Intervensi Gangguan pola tidur

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
Gangguan pola tidur kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun	1. Dukungan tidur. Observasi : a. Mengidentifikasi pola aktivitas tidur dan tidur b. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur. Terapeutik : a. Memodifikasi lingkungan tempat tidur seperti kebisingan, tempat tidur, dan pencahayaan. Edukasi : Menganjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur.	- Dukungan kepatuhan program pengobatan - Dukungan perawatan diri : BAB/BAK - Fototerapi gangguan mood/tidur - Latihan otogenik - Manajemen demensia - Manajemen energi - Manajemen lingkungan - Manajemen nyeri - Manajemen nutrisi - Manajemen penggantian hormon - Pemberian obat oral - Pengaturan posisi - Promosi koping - Latihan fisik - Redukasi ansietas - Teknik aktivitas - Teknik musik - Teknik pemijatan - Teknik relaksasi

		- Teknik relaksasi otot progresif
--	--	-----------------------------------

(Sumber : SIKI, 2018).

4. Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian tindakan perawat pada keluarga berdasarkan rencana sebelumnya. (Padila, 2012)

5. Evaluasi

Untuk melakukan penilaian apakah tindakan keperawatan berhasil atau tidak maka diperlukan penilaian. Penilaian dilaksanakan dengan menggunakan metode SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan planning). (Padila, 2012)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar glukosa (gula) darah. Diabetes melitus merupakan penyakit di mana tubuh si penderita tidak bisa mengontrol kadar glukosa darah dalam tubuhnya. (Nur, 2012).

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis (menahun) yang terjadi ketika pankreas atau kelenjar ludah perut tidak memproduksi cukup insulin atau ketika tubuh tidak secara efektif menggunakan insulin. Diabetes melitus biasa ditandai dengan kadar gula darah di atas normal. (Anies, 2018)

Jadi dapat disimpulkan diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis (menahun) yang disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula (glukosa) dalam darah. Dan penyakit ini umumnya ditandai dengan kadar glukosa dalam di atas normal.

Tabel 3 Gula Darah Normal dan Diabetes

Kadar Glukosa	Normal	Diabetes Melitus
Puasa	< 100 mg/dl	< 140 mg/dl
2 jam sesudah makan	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl

Sumber : (Hans, 2018).

2. Etiologi Diabetes Melitus

a. Keturunan

Bila terdapat anggota keluarga yang terjangkit DM, anda juga dapat beresiko jadi pasien DM (Hans, 2018).

b. Usia

Risiko terkena DM akan meningkat dengan bertambahnya usia, terutama usia di atas 40 tahun (Hans, 2018).

c. Obesitas

Semakin banyaknya lemak yang menimbun pada perut akan semakin sulitnya insulin dalam bekerja, sehingga gula darah akan mudah naik dan menyebabkan DM (Hans, 2018).

d. Gemar Konsumsi Makanan dan Minuman Manis

Tingginya asupan gula dalam makanan manis seperti cake dan minuman manis seperti softdrink menyebabkan kadar gula dalam darah melonjak tinggi sehingga dapat menyebabkan DM. (Nur, 2012).

e. Obat – obatan

Beberapa obat-obatan dapat meningkatkan kadar gula dalam darah. Contoh : hormon steroid, beberapa jenis obat antihipertensi (penyekat beta dan diuretik), obat penurun kolesterol (niacin), obat asma (salbutamol dan terbutaline) (Hans, 2018).

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 adalah diabetes di mana pankreas sebagai pabrik insulin sudah tidak dapat atau kurang mampu membuat insulin. Akibatnya insulin tubuh kurang atau tidak ada sama sekali, gula akan menumpuk di dalam peredaran darah karena tidak dapat diangkut dalam sel (Hans, 2018).

Penyakit ini biasanya timbul pada usia anak baik pada pria maupun wanita. Gejalanya timbul mendadak dan bisa langsung berat, apabila tidak segera di tangani dengan suntikan insulin maka tidak mungkin dapat menyebabkan koma (Hans, 2018).

b. Diabetes Tipe 2

Diabetes tipe 2 merupakan jenis diabetes yang paling sering didapatkan. Biasanya akan timbul pada usia di atas 40 tahun. Namun bisa pula timbul pada usia muda sekitar usia 20 tahun (Hans, 2018).

Pada diabetes tipe 2, pankreas masih bisa bekerja namun kualitas insulinnya buruk sehingga tidak dapat berfungsi dengan baik dan ujung-ujungnya menyebabkan glukosa dalam darah meningkat. Pasien demikian biasanya tidak memerlukan suntikan insulin dalam pengobatannya, tapi perlu obat tablet yang bekerja untuk memperbaiki fungsi insulin, menurunkan glukosa, memperbaiki pengolahan gula di hati, dan lain-lain (Hans, 2018)

c. Diabetes Pada Kehamilan

Diabetes yang terjadi pada saat hamil disebut diabetes tipe gestasi (gestational diabetes). Keadaan ini terjadi karena pembentukan beberapa hormon pada wanita hamil yang menyebabkan resistensi insulin (Hans, 2018).

d. Diabetes Lain

Ada pula diabetes sekunder yaitu diabetes yang disebabkan penyakit lain yang mengganggu produksi insulin, atau mempengaruhi kinerja insulin. Contoh : radang prankeas (pankreatitis) dan penggunaan hormon kortikosteroid (Hans, 2018).

4. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

a. Banyak Kencing

Ginjal tidak dapat lagi menyerap kembali gula yang berlebihan di dalam darah sehingga gula akan menarik air ke luar dari jaringan. Selain kencing menjadi sering dan banyak, orang dengan DM juga akan mengalami dehidrasi (Hans, 2018).

b. Rasa Haus

Untuk mengatasi dehidrasi, rasa haus akan timbul dan mengakibatkan banyak minum. Namun, kesalahan yang banyak terjadi adalah mencari softdrink untuk mengatasi haus, akibatnya gula darah akan semakin tinggi dan mengakibatkan komplikasi akut (Hans, 2018).

c. Berat Badan Turun

Pada mulanya berat badan bagi penderita DM akan naik namun, lama kelamaan otot tidak lagi mendapatkan cukup gula dan energi untuk tumbuh sehingga mau tak mau jaringan otot dan lemak harus dipecah untuk memenuhi kebutuhan energi. Efeknya berat badan menjadi turun, meskipun banyak makan (Hans, 2018).

d. Banyak Makan

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, tubuh penderita DM tetap kekurangan energi meskipun kadar glukosa dalam darah tinggi. Hal ini karena tubuh tidak mampu menyerap kadar glukosa dalam darah, sehingga tidak dapat digunakan tubuh. Karena tubuh kekurangan energi, tubuh akan memberi sinyal ke otak untuk merangsang rasa lapar, sehingga menimbulkan banyak makan (Nur, 2012).

5. Patofisiologi Diabetes Melitus

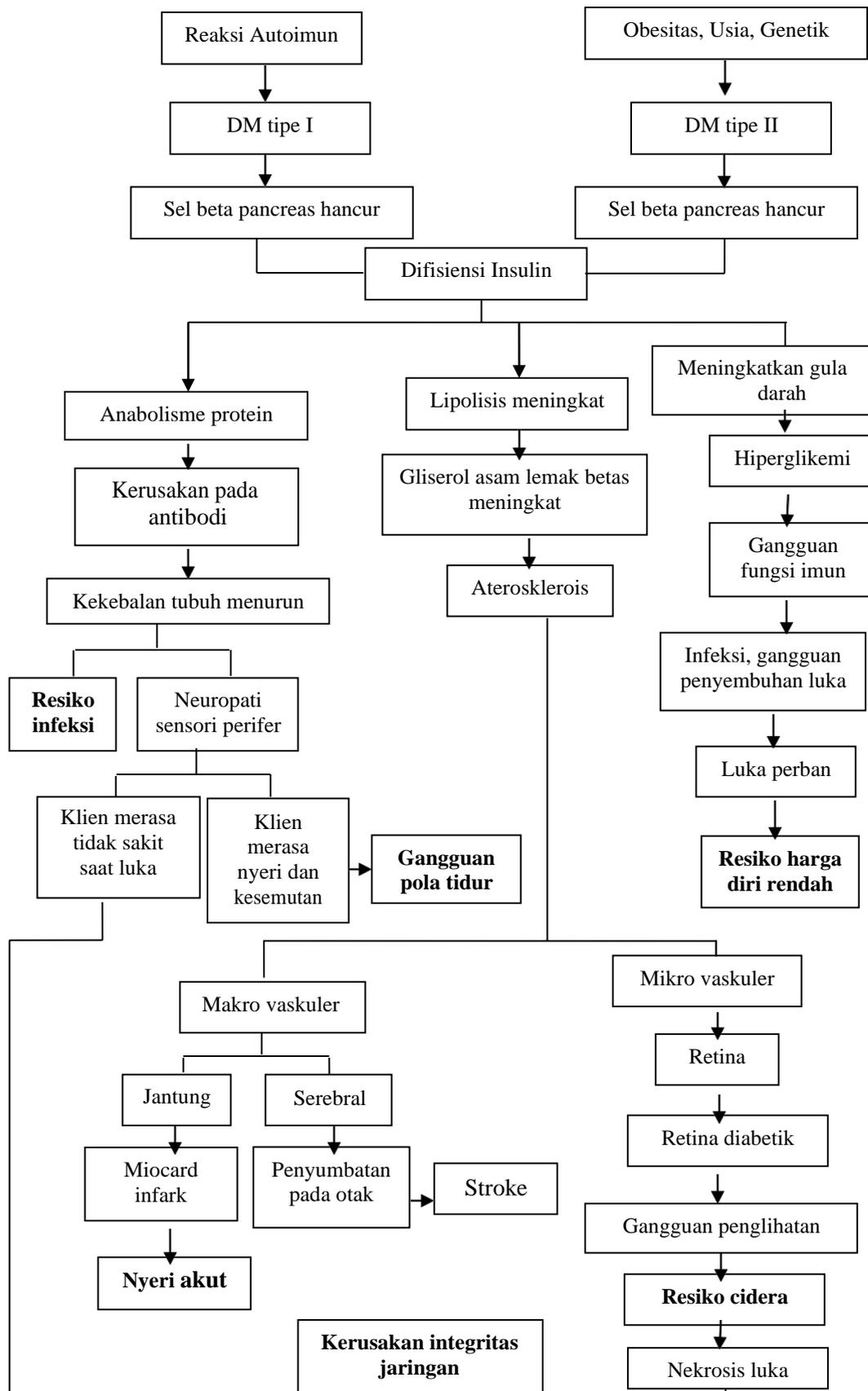
Bentuk karbohidrat yang digunakan oleh tubuh adalah bentuk gula sederhana (monosakarida). Bentuk tersebut adalah bentuk karbohidrat siap pakai sebagai sumber energi bagi tubuh. Karbohidrat yang masuk ke dalam tubuh akan dicerna menjadi gula darah sederhana, kemudian diserap di dalam usus halus. Setelah diserap dan masuk ke dalam aliran darah, kadar gula dalam darah akan meningkat. Kondisi ini hanya akan bertahan untuk sementara waktu, sekitar 2 jam setelah makan. Setelah itu, kadar gula darah akan kembali lagi ke kadar semula, karena telah digunakan tubuh untuk diubah menjadi energi (Nur, 2012).

Pengaturan kadar gula darah sebagian besar bergantung pada hati. Sesaat setelah makan, glukosa yang ada dalam darah akan dibawa ke hati untuk diubah menjadi simpanan glukosa (disebut glikogen). Dalam jumlah sedikit, sebagian glukosa tersebut langsung digunakan oleh otot dan seluruh jaringan tubuh sebagai sumber energi. Ketika kadar glukosa dalam darah menurun, simpanan glukosa di hati akan dilepaskan ke dalam darah untuk mempertahankan kadar gula dalam darah. Mekanisme inilah yang sangat berperan dalam mempertahankan kadar glukosa darah (Nur, 2012).

Insulin merupakan hormon yang berperan dalam menurunkan kadar glukosa darah, sedangkan glukagon merupakan hormon yang berperan dalam

meningkatkan glukosa darah. Kedua hormon tersebut bekerja secara sinergis untuk mempertahankan kadar gula darah agar tidak terlalu tinggi dan terlalu rendah (Nur, 2012).

6. Pathway DM



7. Komplikasi Diabetes Melitus

a. Penyakit Jantung.

Kadar gula darah yang tidak terkontrol juga dapat menyebabkan kadar lemak darah meningkat. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah (Nur, 2012).

b. Stroke

Lumpuh atau stroke lantaran penyempitan pembuluh darah di otak kerap timbul pada orang gemuk dan pada pasien DM dengan angka kejadiannya meningkat menjadi empat kali lipat (Hans, 2018).

c. Gangguan Ginjal

Kerusakan saringan ginjal terjadi karena dinding pembuluh darah digerosoti gula dan terjadi penumpukan lemak. Dibandingkan dengan orang yang tidak punya sakit gula, pasien diabetes 20 kali lebih gampang terkena penyakit ginjal (Hans, 2018).

d. Gangguan Saraf

Jika saraf yang terhubung pada tangan, tungkai, dan kaki mengalami kerusakan, maka penderita akan sering mengalami sensasi kesemutan atau nyeri, seperti terbakar, dan terasa lemah pada tangan dan tungkai (Nur, 2012).

e. Kerusakan Mata

Pembuluh darah di retina mata bisa rusak dan dapat berakhir dengan kebutaan. Selain itu, katarak dan glaukoma lebih banyak berkaitan dengan kendali gula darah yang buruk (Hans, 2018).

D. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga :

Menurut Friedman 1998 (dikutip dalam Komang Ayu, 2010) keluarga merupakan orang yang dihubungkan oleh, perkawinan, adopsi, dan kelahiran bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosia dari individu-individu yang ada didalamnya terlihat pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama.

2. Tahap Perkembangan Keluarga :

Menurut Duvall dan Miller 1985 (dikutip oleh Komang Ayu, 2010) tahap perkembangan keluarga mempunyai tugas perkembangan yang berbeda seperti :

a. Tahap I (Keluarga Pemula Atau Pasangan Baru)

Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan menjadi orang tua. (Komang Ayu, 2010).

b. Tahap II, Keluarga Sedang Mengasuh Anak (Anak Tertua Bayi Sampai Umur 30 Bulan).

Tahap ini dimulai dengan kelahiran anak pertama hingga bayi berusia 30 bulan. Tugas perkembangan pada keluarga tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantab (mengintegrasikan bayi baru ke dalam keluarga), mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambah peran orang tua dan kakek nenek serta mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan (Komang Ayu, 2010).

c. Tahap III, Keluarga Dengan Anak Usia Prasekolah

Tahap ini dimulai saat anak tertua berusia 2-6 tahun. Dan tugas perkembangan pada keluarga tahap III yaitu mensosialisasikan anak, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak (Komang Ayu, 2010).

d. Tahap IV, Keluarga Dengan Anak Usia Sekolah

Tahap ini dimulai saat anak tertua usia 6-13 tahun. Dan tahap perkembangan keluarga pada tahap ini yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolahnya (Komang Ayu, 2010).

e. Tahap V, Keluarga Dengan Anak Remaja

Tahap ini dimulai saat anak tertua berusia 13-20 tahun. Dan tugas perkembangan pada keluarga tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dan tanggungjawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, mempertahankan hubungan perkawinan yang harmonis, berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi dua arah (Komang Ayu, 2010).

f. Tahap VI, Keluarga yang Melepas Anak Usia Dewasa Muda

Fase ini ditandai dengan anak tertua meninggalkan rumah dan berakhir ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tugas perkembangan pada keluarga tahap VI adalah memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga yang baru yang didapatkan melalui pernikahan anak-anak, melanjutkan keharmonisan pernikahan, membantu orang tua lanjut usia dan cenderung sakit-sakitan dalam kehidupan dan kesehatannya (Komang Ayu, 2010).

g. Tahap VII, Keluarga Usia Pertengahan

Tahap ini bermula saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan orang tua meninggal. Tugas perkembangan keluarga adalah menciptakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan hubungan harmonis dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak, memperkuat hubungan pernikahan (Komang Ayu, 2010).

h. Tahap VIII, Keluarga Masa Pensiun

Tahap ini dimulai ketika salah satu pasangan suami/istri memasuki masa pensiun, sampai dengan salah satu pasangan meninggal. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan, menyesuaikan diri terhadap pendapatan yang menurun, mempertahankan hubungan pernikahan, menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan, mempertahankan ikatan keluarga antar generasi, meneruskan upaya memahami eksistensi mereka penelaahan dan integrasi hidup. (Komang Ayu, 2010).

3. Tugas Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Aasuhan

keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi/ penyebab masalah dan biasanya dikaji pada saat peninjauan tahap II bila ditemui data maladaptive pada keluarga. Lima tugas keluarga yang dimaksud adalah :

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga (Komang Ayu , 2010).
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan terhadap anggota keluarga yang sakit (Komang Ayu , 2010),
- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga keadaan sakitnya, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber – sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit (Komang Ayu , 2010).
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga (Komang Ayu , 2010).
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga (Komang Ayu , 2010).